

Opinnäytetyö (AMK)

Terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

2015

lines Mäkinen

KYSELYLOMAKKEEN LAATIMINEN SÄHKÖISISTÄ TERVEYSPALVELUISTA

-Ikääntyneiden astmaa sairastavien kokemat
haasteet ja mahdollisuudet



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

lines Mäkinen

KYSELYLOMAKKEEN LAATIMINEN SÄHKÖISISTÄ TERVEYSPALVELUISTA – IKÄÄNTYNEIDEN ASTMAA SAIRASTAVIEN KOKEMAT HAASTEET JA MAHDOLLISUUDET

Terveyspalvelujen uudistamisen ja teknologian nopean kehittymisen myötä sähköisessä muodossa olevat terveyspalvelut yleistyvät Suomessa. Sähköisten terveyspalvelujen etuna on esimerkiksi se, että kansalainen voi käyttää niitä ajasta ja paikasta riippumatta. Sähköiset palvelut myös madaltavat kynnystä terveyspalvelujen käytölle. Käytännössä sähköisiin terveyspalveluihin kuuluvat esimerkiksi sähköinen terveystarkastus, videoyhteys lääkärille, reseptien uusinta, laboratoriovastausten tarkistaminen ja suojatulla yhteydellä kulkevat hoitoviestit. Tutkimusten mukaan suuri osa suomalaisista ikäihmisistä ei kuitenkaan omista tietokonetta tai ei osaa käyttää Internetiä. Ajankohtainen kysymys onkin, miten ikääntyneet voisivat hyötyä sähköisistä terveyspalveluista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kyselylomake ikääntyneille astmaa sairastaville sähköisten terveyspalvelujen kehittämis ehdotusten keräämiseen. Tutkimusongelmat ovat "Mitkä tekijät heikentävät ikääntyneiden astmaa sairastavien mahdollisuuksia käyttää sähköisiä terveyspalveluja?", "Miten iäkkäät astmaa sairastavat kokevat voivansa hyötyä sähköisistä terveyspalveluista?" ja "Miten iäkkäitä astmaa sairastavia voitaisiin auttaa sähköisten terveyspalvelujen käytössä kohderyhmän omasta mielestä?" Kyselylomakkeen laatimisessa on tehty yhteistyötä Hengitysliiton kanssa. Kyselyn kohderyhmäksi rajattiin iäkkäät astmaa sairastavat, sillä opinnäytetyön taustalla oleva Ihmisen hyväksi –hanke määritteli opinnäytetyön kohderyhmän hengityselinsairaisiin ja eri terveysongelmat haastavat sähköisten terveyspalvelujen käytön eri tavoin.

ASIASANAT:

sähköiset terveyspalvelut, ikääntyneet, e-terveys, tietotekniikan osaaminen, sähköisten terveyspalvelujen kehittäminen, kyselyn laatiminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health care | Registered Nurse (RN)

May 2015 | Total number of pages 38 + 2 attachments

Instructor: PhD Tiina Nurmela

lines Mäkinen

DEVELOPMENT OF THE QUESTIONNAIRE ABOUT ELECTRIC HEALTH CARE SERVICES – CHALLENGES AND OPPORTUNITIES EXPERIENCED BY ELDERLY ASTHMA PATIENTS

Electric health care services increase in Finland as a consequence of regeneration of health care services and the rapid pace of technological change. Advantages of e-health services are for example that citizen can use them anytime and anywhere. E-health services also lower the threshold to use health care services. In practice there are electric check-ups, video connection to doctor, the renewal of recipes, review of laboratory replies and care messages running through a secure connection that belong to e-health services. According to studies there are still a large part of Finnish elderly who don't have a computer or can't use the Internet. Therefore the current question is how elderly can benefit from e-health services.

The purpose of the study is to draw up a questionnaire for the elderly asthma patients to collect proposals to develop e-health services. The research problems are "Which factors impair older asthma patients' opportunity to use electric self-care services?", "How the elderly asthma patients feel they can benefit from e-health services?" and "How could we help older asthma patients to use e-health services to target group's view?". The questionnaire was created in cooperation with the organization for respiratory health in Finland. The elderly asthma patients were chosen as a target group, because of the underlying project and also because different health problems challenge the e-health users in different ways.

KEYWORDS:

Electric health care services, elderly, e-health, information technology skills, development of e-health services, drawing up a questionnaire

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄ	7
2.1 Lähipalveluista verkkopalveluihin	8
2.2 Ikäihmiset ja terveyspalvelujen tulevaisuus	8
3 SÄHKÖISET TERVEYSPALVELUT	9
3.1 Sähköisten terveyspalvelujen muodot Suomessa	9
3.1.1 Sähköiset omahoitopalvelut	10
4 IKÄÄNTYNEET TIETOYHTEISKUNNASSA	11
4.1 Ikääntyneiden tietotekniikan osaaminen	12
4.1.1 Esteitä iäkkäiden ja tietotekniikan välillä	13
4.1.2 Sähköisten terveyspalvelujen käytön edistäminen iäkkäillä	14
4.2 Ikääntyneet ja oppiminen	15
4.2.1 Ikääntyneen ohjauksesta oppimiseen	16
5 HYVÄN KYSELYLOMAKKEEN OMINAISUUDET	19
5.1 Kvantitatiivisen tutkimuksen perusvaatimukset	19
5.2 Kyselylomakkeen laatiminen	20
5.2.1 Kysymysten sisältö ja muotoilu	21
5.2.2 Kysymystyypit	22
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	23
7 MITTARIN KEHITTÄMINEN	25
7.1 Hyvän mittarin ominaisuudet	25
7.2 Yhteistyö Hengitysliiton kanssa	26
7.3 Kysely sähköisistä terveyspalveluista	26
8 EETTISYYS	30
9 LUOTETTAVUUS	31
10 POHDINTA	33

LÄHTEET

36

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje.

Liite 2. Kysely sähköisistä terveyspalveluista.

KUVIOT

Kuvio 1. Potilasohjauksen toteutus (Heikkinen 2013).

16

Kuvio 2. Opinnäytetyön kehittämistehtävä (Mäkinen 2015).

24

TAULUKOT

Taulukko 1. Kyselylomakkeen rakenne.

27

1 JOHDANTO

Terveyspalvelujen uudistuksen ja teknologian kehittymisen myötä sähköiset palvelut saavat enenevässä määrin jalansijaa terveydenhuollossa. Ongelmaksi muodostuu, miten iäkkäät saadaan sähköisten palvelujen piiriin, sillä he eivät ole tietoyhteiskunnan kehityksessä mukana samalla tavalla kuin nuorempi väestö.

Tämä opinnäytetyö liittyy Ihmisen hyväksi –hankkeeseen, jossa yhteistyötä tekevät Suomen sosiaali- ja terveysjärjestö ja Turun ammattikorkeakoulu. Hankkeen tavoitteena on kartoittaa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä koulutus- ja kehittämistarpeita potilasjärjestöiltä, tehdä potilasjärjestöjen toimintaa tunnetuksi, parantaa erilaisten vammais- ja potilasryhmien hyvinvointia sekä perehdyttää opiskelijoita erilaisten ihmis- ja potilasryhmien maailmaan ja arkielämään. Samalla tarkoituksena on kehittää yhteistyötä kuntien, sosiaali- ja terveysjärjestöjen ja Turun ammattikorkeakoulun kesken sekä osaltaan kehittää koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää.

Opinnäytetyön tarkoituksena on validin ja reliaabelin kyselylomakkeen laatiminen. Kyselylomake käsittelee astmaa sairastavien ikääntyneiden sähköisten terveyspalvelujen käytön haasteita ja mahdollisuuksia ja kohderyhmänä ovat ikääntyneet itse. Opinnäytetyön tavoitteena puolestaan on käynnistää mittarin kehittämistyö ja ajaa siten ikäihmisten asemaa terveydenhuollon asiakkaina. Tulevaisuuden päämäärä on siis kehittää ideoita sähköisten terveyspalvelujen kohdentamisesta iäkkäille sopiviksi ja edistää siten iäkkäiden mahdollisuuksia käyttää näitä palveluja. Kyselyn laadinnassa on tehty yhteistyötä Hengitysliiton paikallisyhdistysten kanssa. Kyselyn toteuttaminen ja jatkotoimet jäävät mahdolliseksi opinnäytetyön aiheeksi seuraavien vuosikurssien opiskelijoille.

Sähköisiä terveyspalveluja kehitettäessä on välttämätöntä huomioda se, että iäkkäillä palvelunkäyttäjillä eri terveysongelmat haastavat palvelun käytön eri tavoin. Kohderyhmäksi valikoituikin sairauden yleisyyden ja kehittämistarpeiden

perusteella astmaa sairastavat iäkkäät. Lisäksi opinnäytetyön taustalla vaikuttava hanke määrittelee kohderyhmän hengityselinsairaisiin.

2 TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄ

Suomessa terveydenhuollon palvelukokonaisuus on muuttumassa, sillä peruspalveluja halutaan vahvistaa, eriarvoisuutta palvelujen saatavuudessa vähentää ja kestävyysvajetta pienentää. Päämääränä on luoda kustannustehokas palvelurakenne, sujuvat palvelu- ja hoitoketjut ja yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistuksesta on esitetty erilaisia toteuttamismalleja. Palvelukokonaisuus tulee jatkossa olemaan saman johdon ja budjetin alla. Sosiaali- ja terveysministeriö ja hallinnonala muodostavat terveyspalvelujärjestelmän kansallisen ohjauksen. Alkuperäisen järjestämislakiesityksen mukaan järjestämisvastuu on viidellä sote-alueella, joiden maantieteellisenä pohjana toimivat nykyiset erityisvastuualueet, ja toteuttamisvastuu on kuntayhtymillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Edustuskunnan sotevaliokunnassa tuoreimman suunnitelman mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuu tulee olemaan 19 kuntayhtymällä (STM 2015).

Alkuperäisen järjestämislakiesityksen mukaan rahoitus toimisi kuntien ja sote-alueiden välillä siten, että kunnat maksaisivat väestön palvelutarpeisiin ja asukaslukuun perustuvan maksun ja sote-alueet maksaisivat palvelujen tuottamisesta aiheutuvat kustannukset tuottamisvastuullisille kuntayhtymille. Tavoitteena on, että sote-alueet vakauttaisivat sosiaali- ja terveydenhuollon menojen budjetointia. (STM 2014.)

Kunnat sopivat keskenään sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävän omaisuuden järjestelyistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö siirtyy muutoksen myötä tuotantovastuussa olevien kuntayhtymien ja kuntien palvelukseen. Tar-

koituksena on myös kohdentaa henkilöstö palveluihin yhdenvertaisesti. (STM 2014.)

Palvelujärjestelmän uudistus tuo muutoksia myös lainsäädäntöön. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja annetun lain voimaannpanosta säädetään uusi laki. Erityislakien, kuten työterveyslain, terveydenhuoltolain, tartuntatautilain ja vanhuspalvelulain sisältöihin ei kuitenkaan puututa. (STM 2014.)

2.1 Lähipalveluista verkkopalveluihin

Palvelurakenteen uudistus tuo yhteiskunnalle myös uusia haasteita, kuten järjestymisvastuun keskittymisestä johtuva välimatkojen pidentyminen palveluntuottajiin. Muuttuva sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmä ja globaali teknologian kehitys ovatkin johtaneet siihen, että lähipalveluja korvataan usein sähköisillä palveluilla terveydenhuollossa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) IT-ratkaisuilla on keskeinen rooli tasavertaisten sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tuottamisessa (Erhola ym. 2014, 67). Sähköisillä palveluilla on pyritty ratkaisemaan haasteita palvelujen saatavuudessa, tehostamisessa ja laadussa. Kansalaisen rooli tietojen hyödyntämisessä vahvistuu. (THL 2014.)

2.2 Ikäihmiset ja terveystalouden palvelujen tulevaisuus

Ikääntyneiden toimintakyvyn tukemiseksi ja sosiaali- ja terveystalouden palvelujen saannin turvaamiseksi säädettiin vuonna 2013 vanhuspalvelulaki. Lain tavoitteena on siis edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja itsenäistä arkielämän selviytymistä, tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja, turvata ikäihmisille palvelutarpeen arviointiin pääsy ja määrällisesti ja laadullisesti riittävät palvelut sekä samalla kaventaa hyvinvointieroja. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouden palveluista 2012.)

Myös terveydenhuoltolain yhtenä tarkoituksena on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Terveydenhuoltolaki määrittelee, että kuntien tai kuntayhtymien on järjestettävä

terveydenhuoltopalvelut alueellaan lähellä asukkaita. Palvelujen laadun turvaamiseksi palvelujen alueellinen keskittäminen on terveydenhuoltolain mukaan kuitenkin perusteltua. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Käytännössä ikääntyneiden lähipalvelut voivat tarkoittaa laitospalvelujen sijaan myös kotiin vietäviä palveluja, kuten sähköisiä palveluja netin kautta tai kiinteissä palvelupisteissä tarjottavia tai liikkuvia eri toimijoiden uudenlaisia yhteispalveluja (STM 2013, 39). Kiinteillä palvelupisteillä tarkoitetaan kauppa- tai ostoskeskusten yhteydessä toimivia terveystioskeja, joissa tarjotaan hoitajatasoisia perusterveydenhuollon palveluja (Kork ym. 2013, 1581) ja liikkuvilla palveluilla esimerkiksi kiertäviä terveysbusseja (Yle 2013).

3 SÄHKÖISET TERVEYSPALVELUT

Sähköisillä palveluilla tarkoitetaan digitaalisessa muodossa olevia viranomaispalveluja ja muita palveluja, joita tarjotaan kansalaisille, yrityksille ja yhteisöille useimmiten internetin välityksellä (Rajaniemi & Sonkin 2003, 17). Sähköiset terveyspalvelut eli eTerveys nähdään kehittyvänä alana lääketieteellisen tietotekniikan, kansanterveyden ja liiketoiminnan risteyksessä (Veer ym. 2015,1) ja sähköisistä terveyssovelluksista onkin tulossa olennainen osa terveydenhuollon ympäristöä (Hordern ym. 2011, 12).

3.1 Sähköisten terveyspalvelujen muodot Suomessa

”Tulevaisuudessa lähin terveyskeskus löytyy jokaisen omasta älypuhelimesta” kirjoitetaan julkisoikeudellisen rahaston verkkosivuilla (Sitra 2014). Tällä hetkellä kansalaisille tarkoitettuja terveydenhuollon sähköisiä palveluja Suomessa ovat esimerkiksi terveystietopalvelut, omien potilas- tai asiakastietojen ja reseptien katselu, ajanvaraus, varmennepalvelut, henkilökohtainen verkkoneuvonta, virtuaaliset vertaisryhmät ja itsehoitoa tukevat verkkopalvelut (Hyppönen & Niska 2008, 12-13).

Terveystietopalveluilla tarkoitetaan luotettavan tiedon jakelukanavia, josta kansalaisen on mahdollista löytää tietoa muun muassa terveyden edistämisestä, oireista ja sairauksista. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi terveysportti, terveyskirjasto ja tervesuomi. (Hyppönen & Niska 2008, 12-13.) Potilastietojen ja reseptien katselulla puolestaan tarkoitetaan palveluita, jotka mahdollistavat omien terveystietojen ja reseptien tarkastelun verkossa ajasta ja paikasta riippumatta (Kansallinen terveysarkisto 2014). Varmennepalveluilla tarkoitetaan kansalaisen sähköistä tunnistautumista ja allekirjoittamista, joka on tullut mobiililaitteilla yhä yleisemmäksi. Interaktiiviset sähköiset palvelut sen sijaan kattavat kaikki ne palvelut, joihin liittyy jonkinlaista vuorovaikutusta. Interaktiivisiin palveluihin luokitellaan yhteys palveluntarjoajaan, hoidontarpeen arviointi, ajanvaraus, verkko-neuvonta, suojatun Internet-yhteyden välityksellä kulkevat hoitoviestit, virtuaaliset vertaisryhmät ja itsehoitoa tukevat palvelut. (Hyppönen & Niska 2008, 12-13.)

Esimerkkeinä sähköisistä terveyspalveluista voidaan mainita vielä tuloillaan oleva Kansallisen Terveysarkiston Kanta-palvelu ja kehitteillä oleva Virtuaaliklinikka. Kanta-palvelussa kansalainen voi muun muassa kerätä keskeisiä potilastietojaan ja tarkastella sähköisiä reseptejään (Kanta 2014). Virtuaaliklinikka puolestaan on sähköisen asiointin kanava, joka ohjaa yksilön sopivan palvelun ääreen älykkäiden oirekyselyjen, sähköisen terveystarkastuksen ja henkilökohtaisten tietojen avulla. Lisäksi klinikan palveluihin kuuluu esimerkiksi etäyhteys ammattilaiseen ja virtuaalinen valmentaja. (Sitra 2014.)

3.1.1 Sähköiset omahoitopalvelut

Sähköisten omahoitopalvelujen tarkoituksena on taata palvelujen laatu ja saatavuus terveydenhuoltojärjestelmän murroksessa ja tulevaisuudessa. Ne mahdollistavat terveyden seurannan ja sairauksien hoidon uusilla menetelmillä. (THL 2014.) Kansalainen voi käyttää palvelua ajankohdasta ja paikasta riippumatta, joten ne kaventavat kansalaisten terveyseroja ja tasapuolistavat terveydenhuollon palveluja alueellisesti. Sähköinen palvelu myös madaltaa kynnystä

kääntäytyä terveydenhuollon ammattilaisen puoleen ja parantaa sairauksien ennaltaehkäisyä. Sähköiset omahoitopalvelut on kehitetty tukemaan erityisesti kroonisesti sairaiden hoitoa. (Sitra 2014.) Tällä hetkellä toimivia sähköisiä omahoitopalveluja Suomessa ovat esimerkiksi Effic Omahoito (Tieto 2014), Medinet (Mediconsult Oy 2015), Oulun omahoito (Oulun kaupunki 2015) ja Oulunkaaren omahoito (Oulunkaaren kuntayhtymä 2015).

Omahoitopalveluihin kuuluvat lääketieteellinen päätöksenteki, riskitestit, avuntarpeen itsearviointimenetelmät hoitoon ohjauksessa, sähköinen terveystarkastus ja omahoitoa tukevat muistutus- ja kalenteriratkaisut (Räty ym. 2015, 12). Käytännössä sähköisen omahoitopalvelun avulla asiakas saa tietoonsa laboratoriovastauksiaan, näkee hoitosuunnitelmansa ja lääkelistansa sekä diagnoosit ja tilastoidut rokotukset. Asiakkaalla on mahdollisuus kirjata palveluun omia mittaustuloksiaan ja muita terveystietoja sekä halutessaan julkaista niitä terveydenhuollon ammattilaisten nähtäviksi. Palvelu voi myös muistuttaa, jos asiakkaan kirjaama mittaustulos ylittää ammattilaisten asettamat raja-arvot tai mikäli asiakas ei ole muistanut kirjata mittaustuloksia riittävän pitkään aikaan. Lisäksi omahoitopalvelut mahdollistavat yhteyden itseä hoitaviin terveydenhuollon ammattilaisiin. (Paukkala 2014.)

4 IKÄÄNTYNEET TIETOYHTEISKUNNASSA

Ikääntyneillä tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan kotona asuvia yli 65-vuotiaita ihmisiä. Kohderyhmälle asetettiin kriteereiksi kotona asuminen ja kotiaavusta riippumattomuus, sillä vanhuudessa oppimiskyky heikkenee esimerkiksi motoriikan, näkökyvyn ja muistin alentuessa, ja jotta opinnäytetyöstä olisi todellista hyötyä, kysely kohdennetaan erityisesti niille iäkkäille, joilla on hyvät edellytykset hyötyä terveydenhuollon sähköisistä palveluista. Kohderyhmälle ei ole asetettu kuitenkaan yläikärajaa, sillä jokainen ikääntyy yksilönä ja oppimiskyky säilyy vanhuudessakin. Iäkkäät ovat myös itse motivoituneita ylläpitämään oppimistaan (Heikkinen & Rantanen 2008, 192-198). Kyselyn laadinnassa huomioi-

daan ikääntyneiden tutkimukseen liittyvät erityiskysymykset. Iäkkäillä erilaiset muisti-, aisti- ja liikkumisongelmat asettavat erityisvaatimuksia tutkimukselle (Heikkinen & Rantanen. 2008, 18).

4.1 Ikääntyneiden tietotekniikan osaaminen

Vanhustyön keskusliitto ja Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto toteuttivat vuosina 2010-2014 RAY:n rahoittaman KÄKÄTE –projektin, jossa selvitettiin teknologian hyötyjä ikäihmisten kotona asumisessa, hyvässä arjessa ja vanhustyössä. Käyttäjälle kätevä teknologia –projekti toteutti puhelinhaastattelututkimuksen teknologian käytöstä ja asenteista ikääntyneillä yhteistyössä TNS Gallup –tutkimusyhteyden kanssa vuonna 2011. Kohderyhmänä oli 75-89 –vuotiaat kotona asuvat ikäihmiset. Vastajat kerättiin väestörekisteristä satunnaisotannalla, joten otanta edusti koko Suomea. Tutkimukseen vastasi 802 henkilöä. Tutkimuksen mukaan noin 300 000 yli 75-vuotiaalla suomalaisella ei ole tietokonetta. Tutkimuksesta selvisi myös, että Suomalaisista 75-79 –vuotiaista Internetiä käyttää 26 %, 80-84 –vuotiaista 15% ja 85-89 –vuotiaista 6 %. Hieman yli puolet ikäihmisistä oli valmis maksamaan arkea helpottavasta teknologiasta, joskin kaikki ikääntyneet eivät olleet kiinnostuneita teknologiasta tiedonpuutteen ja epävarmuuden vuoksi. (Intosalmi ym. 2013, 3.)

Finanssialan keskusliiton vuonna 2014 teettämän haastattelututkimuksen mukaan 58 % senioreista käyttää Internetiä. Tutkimukseen vastasi 522 manner-suomalaista 65-85 –vuotiaasta. (Finanssialan Keskusliitto 2014.) Käyttäjälle kätevä teknologia –projektin ja LähiVerkko –projektin yhteistyössä vuonna 2013 tekemän kyselytutkimuksen mukaan puolestaan 75-89 –vuotiaista suomalaisista kolmanneksella on Internetyhteys käytössään ja 24 prosenttia käyttää Internetiä tiedonhakuun. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla 600 ikäihmistä puhelimitse ja otos edustaa Suomen koko 75–89-vuotiaiden joukkoa. (Norlund ym. 2014, 4-5.)

Kaikkien kolmen tutkimuksen mukaan miehet käyttävät tietokonetta ja Internetiä useammin, kuin naiset. Tutkimusten perusteella naiset ovat siis heikommassa

asemassa tietotekniikkaan liittyvissä asioissa. Selvää on myös iän heikentävä vaikutus tietokoneen ja Internetin käytössä. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan Internetiä käyttämättömät kaupungissa asuvat ikääntyneet olivatkin vanhempia, vähemmän koulutettuja, pienituloisempia, useammin eläkkeellä olevia, terveydellisesti heikommassa asemassa ja vähemmän aktiivisia, kuin Internetiä käyttävät kaupungissa asuvat iäkkäät (Cresci ym. 2010, 500).

Australiassa tehdyn yleiskatsauksen mukaan terveyteen liittyvillä sivustoilla vieraillee keskimäärin vanhempaa väestöä, kuin muilla Internet-sivustoilla. Yli 65-vuotiaiden sähköisten terveyspalvelujen käyttö myös kasvaa nopeimmin muihin ikäryhmiin verrattuna. (Hordern ym. 2011, 10.) Puolalaisessa pitkittäistutkimuksessa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Vuosina 2005, 2007 ja 2012 toteutetuissa tutkimuksissa havaittiin, että terveyteen liittyvien Internet-sivustojen käytön suurin kasvupotentiaali on juuri ikääntyneillä. (Bujnowska-Fedak 2015, 1.)

4.1.1 Esteitä iäkkäiden ja tietotekniikan välillä

Ikääntyneiden tietotekniikan hallintaa rajoittavat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät. Ikäihmisen heikentynyt kunto, sairaudet, muisti- ja oppimisvaikeudet, vähävaraisuus ja tukihenkilöiden puute haastavat tekniikan käytön. Vanhempi sukupolvi ei työelämässään ole tarvinnut tietoteknisiä taitoja, joten heidän ja nuoremman väestön välille on syntynyt syvä digitaalinen kuilu. (Kauppila 2012, 44-45.)

Käyttäjälle kätevä teknologia –projektin ja Lähiverkko –projektin kyselytutkimuksessa selvitettiin mahdollisia syitä siihen, miksi ikääntyneet eivät käytä tietokonetta, älypuhelinta tai Internetiä. Kysymykseen vastasi 391 ikäihmistä. Suurin osa vastaajista koki käyttämättömyyden syiksi, että he eivät tarvitse tai eivät halua opetella käyttämään tietokonetta, älypuhelinta tai Internetiä. Puolet vastaajista koki, että laitteet ja ohjelmat ovat liian monimutkaisia ja 43 % ei uskonut oppivansa käyttämään niitä. Vajaa kolmasosa vastaajista koki, että käyttö on liian kallista tai siihen sisältyy liikaa vaaratekijöitä, kuten virukset tai tietojen joutuminen väärin käsiin. 24 % vastasi, että Internet tuntuu pelottavalta ja 23 %

vastasi terveydellisten syiden vaikuttavan käyttämättömyyteen. 18 % vastasi, ettei saa mistään tarvittavaa opetusta ja 17:llä % vastaajista pelko laitteiden rikkoutumisesta vaikutti käyttämättömyyteen. 15 % vastaajista koki käytön vievän liikaa aikaa. 1 % puolestaan vastasi ”en osaa sanoa” ja ”ei ole mitään syitä, jotka olisivat esteenä”. (Norlund ym. 2014, 13.)

Terveydelliset ongelmat tietotekniikan käytössä liittyvät usein ihmisen fysiologisiin muutoksiin, jotka vanheneminen aiheuttaa. Motoriikkaan liittyviä muutoksia ovat esimerkiksi sorminäppäryyden ja ranteen liikkuvuuden heikkeneminen sekä tarkkojen liikkeiden hallitsemattomuus ja hidastuminen. Aistitoimintoihin liittyviä esteitä puolestaan ovat äänten erottelukyvyn heikkeneminen ja näkökyvyn ongelmat. Lisäksi vanheneminen aiheuttaa kognitiivisia muutoksia, kuten uuden oppimisen hidastuminen, reagointiajan piteneminen ja yhtäaikaisten asioiden huomioimisen vaikeus. (Eloranta & Punkanen 2008, 187.)

4.1.2 Sähköisten terveystietopalvelujen käytön edistäminen iäkkäillä

Kansainvälisessä Lääketieteen informatiikka -lehden artikkelissa on esitetty ratkaisuja ongelmaan, miten kroonisesti sairast ja iäkkäät voisivat hyötyä omahoitoon verkkopalveluista ja sovelluksista. Yhtenä ratkaisuna palvelujen käyttöä voitaisiin harjoitella hoitaja-potilas –pareina. Ongelmaksi saattaisi kuitenkin muodostua tietosuoja-asiat, sillä potilaan olisi tällöin annettava ohjaavalle taholle valtuudet nähdä itseään koskevia terveystietoja, vaikka potilaalla ei sillä hetkellä olisikaan hoitoa vaativaa terveysongelmaa. Ratkaisuna nähtiin myös muu sosiaalinen tuki ja verkkoyhteisön tuki. Innovatiivisena ratkaisuna nähtiin myös viihdyttävä video-opastus ja Internet-pelit, jotka kannustaisivat jatkamaan palvelun käyttöä. Toisaalta iäkkään tai kroonisesti sairaan lähtökohdat tietoteknisessä osaamisessa saattavat olla niin heikot, ettei potilas kykene hyödyntämään verkkoyhteisön, video-opasteiden tai pelien tarjoamaa tukea. Teknologisena ratkaisuna nähtiin puolestaan älykoti, jossa huomioitaisiin terveystietopalvelujen helppokäyttöisyys ja mahdollisuus saada yhteys johonkin omaan hoitavaan tahoon, jos palveluiden käytössä ilmenee ongelmia. (Archer ym. 2014, 268-269.)

Alankomaissa tehty kokeellinen tutkimus puolestaan osoittaa, että tarjoamalla ikääntyneille lyhytkin mahdollisuus tutustua sähköisen terveystalvelun käyttöön, todennäköisyys käyttää sähköisiä terveystalveluja tulevaisuudessa kasvaa (Veer ym. 2015, 7).

Suomessa tietoteknistä opetusta ikääntyneille tarjoavat erilaiset vapaaehtois- ja vertaistukiyhdistykset, eläkeläisjärjestöt, kansalais- ja työväenopistot, Ikääntyneiden yliopisto, kirjastot (Vanhustyön keskusliitto 2015) ja jotkin yritykset (KÄÄTE-projekti 2015). Lisäksi erilaiset kehittämishankkeet tähtäävät ikäihmisten parempaan tietotekniikan osaamiseen. Eläkeliiton ja Ehkäisevä päihdetyö ry:n yhteinen LähiVerkko –kehittämishjelma toteutuu vuosina 2013-2017. Ohjelma edistää ikääntyneiden tietoteknisiä tietoja ja taitoja erilaisten kokeilujen eli pilottien avulla. Esimerkiksi Isovanhemmat verkossa –pilotissa harjoitellaan kuvapuhelinsovelluksen käyttöä yhteydenpidossa isovanhempien ja lastenlasten välillä. (LähiVerkko 2013.) ENTER ry on puolestaan yksi Suomessa toimivista iäkkäille tarkoitetuista atk-vertaistukiyhdistyksistä, jossa tavoitteena on muun muassa edistää ikäihmisten tietoteknisiä valmiuksia järjestämällä ilmaista tietokoneen, tabletilaitteen ja matkapuhelimen käyttöopetusta ja neuvontaa (ENTER ry 2015).

4.2 Ikääntyneet ja oppiminen

Oppimiskyky säilyy vanhuudessaakin, mutta iäkkäänä oppiminen on erilaista, kuin nuorena oppiminen. Iän myötä keskushermoston toiminta hidastuu, joka vaikuttaa erityisesti muistitoimintoihin, kuten uuden tiedon muistiin tallentamiseen ja mieleen palauttamiseen. Vakava muistin heikkeneminen ei johdu kuitenkaan vanhenemisesta, vaan patologisten tilojen vaikutuksista, jolloin on kyse muistisairaudesta. Yksilölliset erot iäkkäiden muistissa ja siten oppimisessa ovat suuria. Oppimiskykyyn ja oppimiseen vaikuttavat esimerkiksi yleinen aktiivisuus, oppimiskokemukset, motivaatio, asenteet, itseluottamus, vireystila, koulutustausta, terveys ja toimintakyky. Ikäihminen oppii parhaiten, kun oppimistilanne on kiireetön ja rauhallinen, opittava asia liitetään aiemmin opittuun ja asiaa ker-

rataan riittävästi. Jos uuden tiedon prosessointiin on riittävästi aikaa, oppimistulokset voivat olla jopa yhtä hyviä, kuin nuorella väestöllä. Erityisen merkityksellistä oppimisen kannalta on ikäihmisen sisäinen motivaatio - halu muistaa asioita ja oppia uutta tietoa. (Heikkinen & Rantanen 2008, 193-202.)

4.2.1 Ikääntyneen ohjauksesta oppimiseen

Potilaan ohjaamisessa tulisi muistaa ohjattavan yksilölliset tarpeet (Heikkinen 2013), mutta ohjattavasta riippumatta ohjauksen perustana voidaan käyttää yleistä ohjauksen mallia (kuvio 1), joka auttaa hahmottamaan ohjauksen kulkua.



Kuvio 1. Potilasohjauksen toteutus (Heikkinen 2013).

Ohjaus on ainutlaatuinen vuorovaikutusprosessi, jonka perustana ovat molempuolinen avoimuus, luottamus ja halu ymmärtää toista. Ikääntyneen ohjauksen tavoitteena on joko terveyttä edistävä muutos tai terveyden edistämisen mahdollistaminen. Päämääränä sairauksien hoidon ja ehkäisyn ohella on myös yhteiskunnassa tapahtuvaan sosiaaliseen, taloudelliseen ja teknologiseen kehitykseen sopeutuminen sekä vanhenemismuutoksiin tottuminen. (Heikkinen ym. 2007, 218, 230.)

Vuorovaikutuksen kehityskulku on ohjauksessa asiasisällön lisäksi hyvin tärkeää. Ohjaus etenee eri tavoin riippuen siitä, millainen rooli hoitajalla keskustelussa on. Asiakslähtöisyys ohjauksessa merkitsee vuorovaikutuksen etenemistä asiakkaan tarpeiden perusteella. Asiakslähtöisessä ohjauksessa ammattilainen toimii kuuntelijan ja ymmärtäjän roolissa ja asiakas ja ammattilainen nähdään tasavertaisina tiedon ja näkemysten suhteen. Dialogisuus puolestaan merkitsee tiedon tasa-arvoista siirtymistä ammattilaisen ja asiakkaan välillä. Dialogisessa ohjauksessa ammattilainen ja asiakas ovat yhtä paljon puhujan ja kuuntelijan roolissa. (Heikkinen ym. 2007, 218-222.)

Lisäksi ohjausta voidaan toteuttaa voimavaralähtöisesti. Voimavarakeskeisen ohjauksen tavoitteena on, että asiakas kykenee paremmin kontrolloimaan omaan terveyteensä liittyviä asioita ja päätöksiä. Voimaannuttavaan ohjaukseen kuuluu hoitajan aktiivinen kuuntelu ja refleksiiviset kysymykset. Aktiiviseen kuunteluun liitetään huomaavainen kehonkieli, seuraamistaidot ja heijastavat taidot, ja sillä tarkoitetaan ammattilaisen kykyä huomioida iäkkään asiakkaan ilmaisemat sanalliset ja sanattomat viestit. Reflektiivisten kysymysten ideana puolestaan on saada iäkäs pohtimaan tilannettaan ja näkemään se uudessa valossa. Voimaannuttava ohjaus voi olla myös muutosta tukevaa. Muutosta tukevassa ohjauksessa tarjotaan tietoa, kannustetaan pohdiskeluun, vahvistetaan muutosvalmiutta ja keskustellaan muutosprosessista. (Heikkinen ym. 2007, 222-229; Robertson 2005.)

Ohjaus perustuu hoitajan ja asiakkaan tasavertaiseen vuorovaikutussuhteeseen valitusta lähestymistavasta riippumatta. Asiakas voi luoda oman menettelytansa ongelmien ratkaisemiseen ja siten motivoitua oppimaan. Opetus koostuu

systeemisesti suunnitelluista toiminnoista, joilla halutaan vaikuttaa asiakkaan käyttäytymiseen. Hoitajan tehtävä opetuksessa on osallistua hoitosuunnitelman laatimiseen ja tarjota oppimiskokemuksia suunnitelman toteuttamiseen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6; Soohbany 1999, 35-40.)

Vaikuttava opetussuunnitelma sisältää opetustarpeiden, yksilöllisten oppimistyylien, oppimisen esteiden ja oppimisympäristön arviointia. Oppimisympäristössä huomiota kiinnitetään esimerkiksi akustiikkaan, valaistukseen ja iäkkään omaan mukavuuteen. Ikääntynyt henkilö kuulee yleensä paremmin matalan, kuin korkean puheen ja pehmeä valaistus on ikääntyneille oppimisystävällisin. Hoitaja varmistaa, että tarvittavat apuvälineet, kuten kuulolaite ja silmälasit ovat käytössä ja mahdolliset kivut ovat hallinnassa. Oppimiselle asetetaan realistiset tavoitteet ja opetus aloitetaan perusasioista. Vaativampiin asiakokonaisuuksiin siirrytään vasta, kun perustiedot ovat hallussa. Hoitajan tulisiikin varmistua tiedon sisäistämisestä esittämällä ikääntyneelle asiakkaalle avoimia kysymyksiä opetusta tiedosta. Opitun asian mieleen palauttamiselle annetaan riittävästi aikaa ja vastauksia vahvistetaan ja selvennetään. Hoitaja myös arvioi opetustilannetta ja tarkkailee oppijan valppautta ja mielenkiintoa opetuksen aikana. Opeteltavat asiat tulisi esittää iäkkään yksilöllisten oppimistarpeiden mukaan. Hoitaja arvioi opetuksen vaikuttavuutta koko oppimisprosessin ajan seuraamalla ikääntyneen käyttäytymisen muutoksia pitkällä ja lyhyellä aikavälillä, kertaamalla aiemmin opittua ja arvioimalla mahdollisia oppimishankaluuksia. Käytettyjä opetusmenetelmiä tehostetaan tarvittaessa. Ikääntynyt voi esimerkiksi pitää oppimispäiväkirjaa omien vahvuuksien ja heikkouksien tunnistamiseksi. Hoitaja kirjaa ylös oppimisen arviointia, opetusta ja oppimistuloksia. (Best 2001, 48-50.)

5 HYVÄN KYSELYLOMAKKEEN OMINAISUUDET

5.1 Kvantitatiivisen tutkimuksen perusvaatimukset

Tässä luvussa syvennytään määrällisen tutkimuksen luonteeseen ja kyselyn laatimisen periaatteisiin, sillä opinnäytetyön tarkoituksena on luotettavan ja pätevän kyselyn rakentaminen. Tutkijalla tulee olla vahva teoreettinen tietopohja ennen kyselyn laatimista ja aineiston keruuta (Hirsjärvi ym 2002, 112).

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus kuvaa tutkittavaa ilmiötä numeerisen tiedon pohjalta. Määrällisessä tutkimuksessa tutkitaan lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä ja usein selvitetään myös erilaisia luokitteluja, syy-seuraussuhteita ja vertailuja. Määrällinen tutkimus edellyttää suurta ja edustavaa otosta ja tyypillinen aineistonkeruutapa on standardoitu kyselylomake. Tutkimustulokset esitetään laskennallisin ja tilastollisin analyysimenetelmin ja tuloksia pyritään yleistämään laajempaan joukkoon. (Heikkilä 2014, 15.)

Hyvän määrällisen tutkimuksen perusvaatimuksia ovat validiteetti eli pätevyys, reliabiliteetti eli luotettavuus, objektiivisuus eli puolueettomuus, tehokkuus ja taloudellisuus, avoimuus, tietosuoja, hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus sekä sopiva aikataulu (Heikkilä 2014, 27-30). Validiteetti kuvaa tutkimuksen kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Käytännössä se merkitsee teoreettisten käsitteiden luotettavaa muuttamista mitattaviksi muuttujiksi. Ulkoisella validiteetilla puolestaan viitataan tutkimustulosten yleistettävyyteen aineiston ulkopuolella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152.) Tutkimuslomakkeen tulee siis mitata asioita yksiselitteisesti ja tutkimuksen kohderyhmä eli perusjoukko tulee määritellä riittävän tarkasti. Lisäksi korkea vastausprosentti lisää tutkimuksen validiutta. (Heikkilä 2014, 27.)

Reliabiliteetti eli luotettavuus puolestaan merkitsee tulosten tarkkuutta ja tutkimuksen kykyä tuottaa ei-sattumanvaraista tietoa. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tutkijan tarkkuus ja kriittisyys koko tutkimusprosessin ajan, tutkijan taito tulkita aiempia tutkimustuloksia, otoskoko, vastauskato, kohderyhmän puo-

lueettomuus ja edustavuus tutkittavassa perusjoukossa. (Heikkilä 2014, 27-28.) Luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160.)

Objektiivisuus kuvaa tutkimustulosten riippumattomuutta tutkijasta. Tutkijan oma poliittinen tai moraalinen kanta tai mieltymykset eivät saa vaikuttaa tutkimusprosessiin. Esimerkiksi tutkijan kirjoitustyylin on oltava neutraali ja tutkija ei saa vaikuttaa tuloksiin johdattelemalla vastaukseen. Tehokkuus ja taloudellisuus tutkimuksessa viittaavat tutkimuksesta saatavaan hyötyyn suhteessa kustannuksiin. Opinnäytetöiden hyötyä harvoin voidaan mitata rahallisesti, mutta tutkimusprosessiin panostus voidaan nähdä tehokkuutena ja taloudellisuutena myös silloin, kun työ maksaa itsensä takaisin arvostuksena ja vaikka poikien uusia työmahdollisuuksia. Avoimuus tutkimuksessa merkitsee kattavaa informaatiota tutkittaville. Tutkittavien on siis saatava tietää tutkimuksen tarkoitus ja käytötapa. Avoimuus merkitsee lisäksi tutkimustulosten perusteellista esittämistä, jolloin tutkija esittää myös mahdolliset epäedulliset tulokset, käytetyt menetelmät, epätarkkuusriskit ja niiden vaikutukset yleistettävyyteen. Tietosuojalla puolestaan varmistetaan tutkittavien yksityisyys. Käytännössä tietosuoja tarkoittaa, että yksittäistä vastaajaa ei saa tunnistaa tuloksista. Hyödyllisyys ja käyttökelpoisuus edellyttävät, että tutkimuksen lähtökohtana on jokin tärkeäksi havaittu ongelma-alue. Tutkimuksesta saatava hyöty on sitä suurempi, mitä suurempaa joukkoa aihe koskee ja mitä pätevämmällä tutkimusmenetelmällä asiaa on mitattu. Sopiva aikataulu tutkimusprosessissa varmistaa onnistuneen lopputuloksen. Tulosten tulee olla saatavilla silloin, kun tutkittava ilmiö on vielä tuore. Aikataulussa pysyminen on myös toimeksiantajan vaatimus. (Heikkilä 2014, 28-30.)

5.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Ennen varsinaista kyselylomakkeen laatimista tutkijalla on oltava täsmällinen tutkimusongelma ja selkeä tavoite tutkimukselle. Kyselylomakkeen laatimisen vaiheisiin kuuluu tutkittavien asioiden nimeäminen, kyselylomakkeen rakenteen

suunnittelu, kysymysten muotoilu, saatekirjeen laadinta, lomakkeen testaus sopivana ajankohtana ja mahdollisesti korjaaminen. Näiden vaiheiden jälkeen lomake on lopullisessa muodossaan. (Heikkilä 2014, 45-46.)

5.2.1 Kysymysten sisältö ja muotoilu

Kyselylomakkeen huolellisella suunnittelulla voidaan vaikuttaa tutkimuksen onnistumiseen. Ensisijaisen tärkeää kyselyä laadittaessa on kysymysten selkeys. Epämääräisyyttä tulee välttää valitsemalla vain yksiselitteisiä sanoja. Monimerkityksisiä sanoja ovat esimerkiksi ajanmääreet ”usein” ja ”yleensä”, jotka jokainen vastaaja saattaa käsittää omalla tavallaan. Myös kokonaisten kysymysten kohdalla tulee miettiä mahdollisia kaksoismerkityksiä. Kerrallaan tulisivat kysyä vain yhtä asiaa. Spesifisiin, rajattuihin kysymyksiin sisältyy vähemmän tulkinnanvaraa, kuin avoimiin kysymyksiin. Lisäksi kysymysten pituudella ja sanavaihtelulla on merkitystä, sillä lyhyet kysymykset ja kansankieliset sanat ovat helpommin ymmärrettäviä, kuin pitkät kysymykset ja ammattikieli. Kysymys ei saa myöskään olla vastausta johdatteleva. Asennemittauksissa suositeltavampaa on käyttää monivalintavaihtoehtoja, kuin ”samaa mieltä” tai ”eri mieltä” vastauksia, sillä ihmisillä on taipumus vastata tällaisissa kysymyksissä sen, mitä he arvelevat heiltä odotettavan. Mielipidekyselyssä on myös hyvä tarjota vastausvaihtoehdoksi ”ei mielipidettä”, sillä ihmisillä on tutkitusti taipumus vastata, vaikka heillä ei olisikaan käsitystä asiasta. Kyselylomakkeen kokonaisrakenteen osalta tulee miettiä kysymysten sopiva määrä ja järjestys. Kyselyn alkuun on suositeltavaa sijoittaa helpommin vastattavat ja yleisimmät kysymykset ja loppupuolelle spesifiset kysymykset. Tyypillisesti kyselyn alussa kysytään kuitenkin tutkimuksen kannalta merkityksellisiä vastaajan taustatietoja. Tällaisia vastaajan henkilökohtaisia taustatietoja kysyttäessä tulee noudattaa hyviä eettisiä käytäntöjä. (Hirsjärvi ym. 2002, 189-191.)

Hyvän kyselylomakkeen ulkoasu on moitteeton ja näyttää helposti täytettävältä. Mahdollisille avovastauksille on annettu riittävästi tilaa. Kyselyn saatekirjeestä selviää vastaajalle kyselyn tarkoitus ja tärkeys. Saatekirje rohkaisee vastaa-

maan, ilmaisee vapaaehtoisuuden ja kiittää vastaajaa vaivannäöstä. Jos kyseessä on postikysely, saatekirjeessä tulee myös kertoa, milloin kysely on viimeistään palautettava ja että postimaksu on maksettu vastaajan puolesta. (Hirsjärvi ym. 2002, 191.)

5.2.2 Kysymystyypit

Kysymystyypit voidaan jakaa avoimiin, suljettuihin eli strukturoituihin ja sekamuotoisiin kysymyksiin. Avoimet kysymykset sopivat tutkimukseen silloin, kun vastausvaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta ja vastaajien valintamahdollisuuksia ei haluta mitenkään rajoittaa. Avoimen kysymystyyppin ominaisuuksia ovat laatimisen helppous, tilastoinnin vaikeus, vastausten suuri variaatio ja uusien näkökantojen kerääminen. Numeeriset vastaukset voidaan kuitenkin luokitella helposti. Tyypillisesti avoimia kysymyksiä käytetään kvalitatiivisissa eli laadullisissa tutkimuksissa. (Heikkilä 2014, 47.)

Suljetuissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot on laadittu etukäteen. Jos vastausvaihtoehtoja on kaksi, kysymys on dikotominen ja jos vastausvaihtoehtoja on useita, sanotaan kysymystä monivalintakysymykseksi. Suljetun kysymystyyppin ominaisuuksia ovat helppo tilastoitavuus ja vastaamisen helppous ja nopeus. Toisaalta kyselylomakkeen laatija ei ole välttämättä osannut huomioida kaikkia mahdollisia vastausvaihtoehtoja ja usein vaihtoehto ”en osaa sanoa” houkuttelee vastaajaa. (Heikkilä 2014, 48-50.)

Sekamuotoisilla kysymyksillä puolestaan tarkoitetaan, että osa vastausvaihtoehtoista on valmiiksi laadittuja ja vähintään yksi on avoin. Tyypillisesti sekamuotoinen kysymys on muuten strukturoitu, mutta yhtenä vastausvaihtoehtona on ”muu, mikä?”. Tällainen avoin kohta kannattaa lisätä kysymykseen silloin, kun ei olla varmoja, onko huomioitu kaikki vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2014, 51.)

Avoimien, suljettujen ja sekamuotoisten kysymysten lisäksi kyselyissä käytetään asenneasteikkoja, joista tyypillisimmin käytettyjä ovat Likertin ja Osgoodin asteikot. Ne ovat valmiiksi strukturoituja mielipiteiden mittaamiseen sopivia as-

teikkoja. Likertin asteikossa on esitetty väittämiä, joihin vastaaja valitsee tyypillisesti neljästä tai viidestä vaihtoehdosta lähinnä omaa mielipidettä olevan vastauksen. Vastausten ääripäät ovat yleensä ”täysin eri mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Vastausvaihtoehtojen numerointi positiivisilla arvoilla auttaa tilastoinnissa. Järkevää on asettaa pienin arvo ”täysin eri mieltä” –vastaukselle ja suurin ”täysin samaa mieltä” –vastaukselle. Tällöin vastauksista saadaan tilastoitaessa sitä suurempi keskiarvo, mitä enemmän vastaajat ovat olleet samaa mieltä väittämien kanssa. Osgoodin asteikolla puolestaan vastausvaihtoehdot ovat 5- tai 7-portaisena ja ääripäinä ovat vastakkaiset adjektiivit. Osgoodin asteikosta käytetään myös nimitystä semanttinen differentiaali. (Heikkilä 2014, 51-52.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia luotettava ja pätevä kyselylomake viranomaisten tarjoamien sähköisten terveyspalvelujen käytön haasteista ja mahdollisuuksista ikääntyneille. Kyselylomakkeella halutaan selvittää, miten kotona asuvat iäkkäät parhaiten kokevat hyötyvänsä sähköisistä terveyspalveluista, millaisia haasteita palvelujen käyttöön liittyy ja miten ikäihmiset suhtautuvat erilaisiin terveydenhuoltoon täydentäviin palvelun muotoihin. Opinnäytetyön tarkoituksen selventämiseksi oheen on liitetty kuvio, joka osoittaa kyselylomakkeen sijoittumisen laajempaan kehittämistehtävään (kuvio 2).

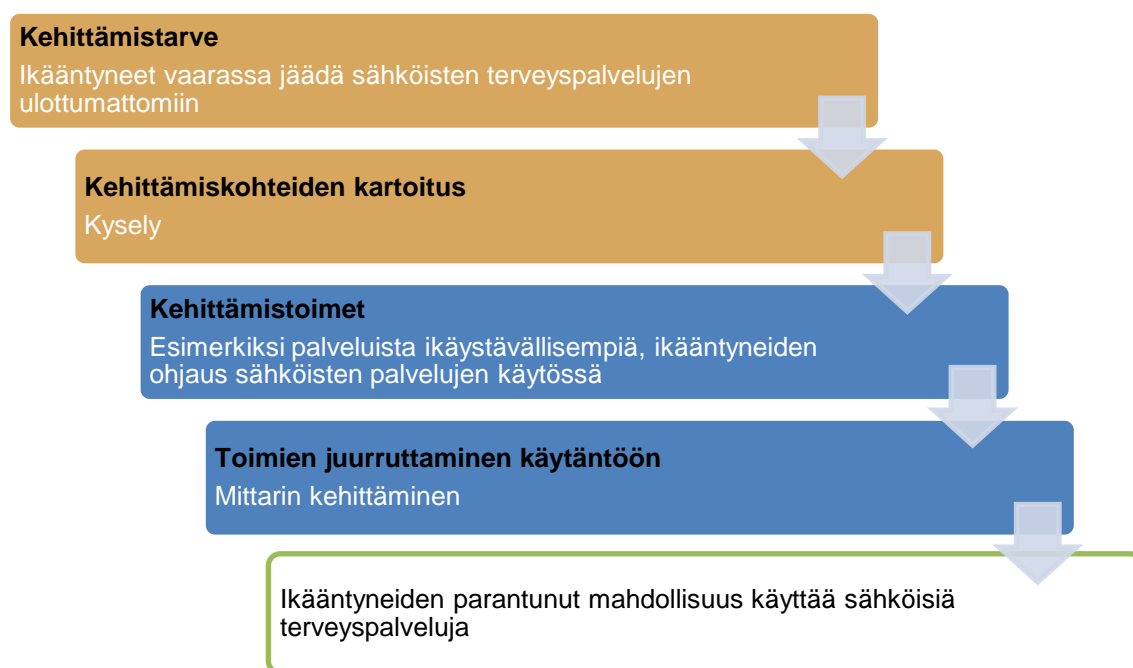
Tutkimusongelmat, joita kyselylomakkeella halutaan selvittää, ovat

1. Mitkä tekijät heikentävät ikääntyneiden astmaa sairastavien mahdollisuuksia käyttää sähköisiä terveyspalveluja?
2. Miten iäkkäät astmaa sairastavat kokevat voivansa hyötyä sähköisistä terveyspalveluista?
3. Miten iäkkäitä astmaa sairastavia voitaisiin auttaa sähköisten terveyspalvelujen käytössä kohderyhmän omasta mielestä?

lääkäiden näkemyksiin ja käyttökokemuksiin pohjautuvaa kyselylomaketta sähköisten terveyspalvelujen haasteista ja mahdollisuuksista ei ole aiemmin kehitetty. Ikäihmisten käsityksiä sähköisistä terveyspalveluista ylipäänsä ei myöskään ole systemaattisesti aiemmin Suomessa tutkittu.

Sähköisten terveyspalvelujen haasteita ja mahdollisuuksia halutaan tarkastella erityisesti hyvinvoinnin ja terveydellisten tekijöiden kannalta. Pilottiryhmänä kyselylomaketta rakennettaessa toimivat astmaa sairastavat ikääntyneet, sillä eri terveysongelmat haastavat palvelun käytön eri tavoin.

Kyselylomake on laadittu yhteistyössä Hengitysliiton paikallisyhdistysten kanssa. Yhteistyö potilasyhdistysten kanssa tuo asiantuntijoiden näkökulmaa kysymysten asetteluun ja kohdentamiseen ikäihmisille sopiviksi.



Kuvio 2. Opinnäytetyön kehittämistehtävä. (Mäkinen 2015.)

7 MITTARIN KEHITTÄMINEN

Tässä opinnäytetyössä kehitetyn kyselylomakkeen pilotointi ja mittarin kehittäminen on mahdollinen opinnäytetyön aihe seuraavien vuosikurssien opiskelijoille. Valmiin kyselylomakkeen on tarkoitus sopeutua sekä postikyselyyn että kontrolloituun kyselyyn. Postikysely tai kontrolloitu kysely sopivat parhaiten juuri tähän opinnäytetyöhön kohderyhmää ajatellen, sillä sähköistä tiedonkulkua käyttäen vastauskato saattaisi kasvaa, eikä tällöin tavoitettaisi opinnäytetyön suunnitelman mukaista kohderyhmää. Mikäli luotua kyselylomaketta testataan tulevaisuudessa ja mahdollisesti vielä parannetaan pilotoinnin pohjalta, voidaan puhua mittarin kehittämisestä.

Mittarilla tarkoitetaan yksittäisistä kysymyksistä koostuvaa kokonaisuutta, joka mittaa useita, toisiinsa liittyviä asioita. Mittari on siis kyselytutkimuksessa kysymysten ja väitteiden kokoelma, jolla mitataan erilaisia, moniulotteisia ilmiöitä. (Vehkalahti 2014, 12,23.)

7.1 Hyvän mittarin ominaisuudet

Hyvän mittarin ominaisuuksiin kuuluu validius, reliaabelius, käsitteiden luotettava operationalisointi ja hyvä teoreettinen rakenne. Mittarin validius eli pätevyys kuvaa mittarin kykyä mitata juuri sitä ilmiötä, mitä on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti eli luotettavuus merkitsee tulosten pysyvyyttä. Reliaabeli mittari ei siis tuota sattumanvaraista tietoa. Mittaria voidaan pitää luotettavana silloin, kun se tuottaa samansuuntaisia tuloksia samasta tutkimusilmiöstä eri aineistoissa. Operationalisoinnilla puolestaan tarkoitetaan teoreettisten käsitteiden muuttamista mitattaviksi muuttujiksi. Teoreettinen rakenne sen sijaan merkitsee muuttujien sijoittumista mittarissa. Kriittinen rakenteen arviointi korostuu, kun ollaan laatimassa uutta mittaria. Rakennetta voidaan arvioida esimerkiksi faktorianalyysillä. Teoreettisen rakenteen arvioinnissa pitää huomioida mittarin sisäinen johdonmukaisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152-154.)

7.2 Yhteistyö Hengityслиiton kanssa

Tutkijan asiantuntevuus korostuu mittaria kehitettäessä, sillä tutkijan on tunnettava tutkittava ilmiö ja sen taustatekijät perinpohjaisesti ennen, kuin on mahdollista saattaa tutkittava ilmiö mitattavaan muotoon (Vehkalahti 2014, 12). Tämän opinnäytetyön asiantuntijuutta kyselylomaketta rakentaessa lisäsi yhteistyö Hengityслиiton kanssa. Yhteistyötä tehtiin kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa ja luonnoksen arvioinnissa. Käytännössä yhteistyö tapahtui sähköpostivälitteisesti rajallisen aikataulun ja resurssien vuoksi. Opinnäytetyön suunnitelma ja kyselyn runko lähetettiin Hengityслиiton niille paikallisyhdistyksille, joilla oli sähköpostiosoite saatavilla Hengityслиiton yhteystietosivulla. Yhteensä kyselyn runko lähetettiin arvioitavaksi 90 paikallisyhdistykselle. Vastauksia saatiin 11 paikallisyhdistykseltä. Suurin osa vastauksista auttoi käsitteiden työstämisessä ymmärrettävään ja mitattavaan muotoon. Opinnäytetyössä tutkittava ilmiö – sähköisten omahoitopalvelujen haasteet ja mahdollisuudet ikääntyneille – onkin hyvin moniulotteinen ja melko tuntematon. Muutamilta paikallisyhdistyksiltä saatiin lisäksi ehdotuksia, mitä kysymyksiä lomakkeeseen voisi lisätä.

7.3 Kysely sähköisistä terveystalveluista

Kysely koostuu seitsemästä kysymyksestä, jotka voidaan kysymysten teemojen mukaan jakaa taustatietoihin, resursseihin, asenteisiin, kehittämisehdotuksiin ja toiveisiin (Taulukko 1). Kyselyssä on käytetty pääsääntöisesti suljettuja eli strukturoituja kysymyksiä, jolloin vastaaminen on nopeaa ja tulosten tilastollinen käsittely helpompaa. Ulkoasuun on kiinnitetty huomiota kohderyhmää ajatellen. Fonttikoko on pyritty pitämään suurena ja eri osioiden välille on jätetty riittävästi tilaa ulkoasun selkeyttämiseksi. Vastaustilaa on myös annettu riittävästi ja vieraamat käsitteet on selitetty lyhyesti.

Taulukko 1. Kyselylomakkeen rakenne.

TEEMA	KYSYMYKSEN NUMERO	KYSYMYSTYYPPI
Taustatiedot	1 a-d	Avoin kysymys
Resurssit	2 a-c	Osgoodin asteikko
Asenteet	3 a-c	Likertin asteikko
Kehittämisehdotukset	4 a-g	Osgoodin asteikko
	5 a-e	
Toiveet	6 a-c	Sekamuotoinen tärkeysjärjestyskysymys
	7	Avoin kysymys

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa (1a-d) kysytään vastaajan ikää, kotipaikkakuntaa, sukupuolta ja ylintä koulutustasoa avoimena kysymyksenä. Kysymystyyppi on perusteltu, sillä avoimella kysymyksellä saadaan tässä osiossa tarkimmat vastaukset ja vastauksia voidaan kategoroida halutulla tavalla aineiston analysointivaiheessa. Sukupuolen kysyminen avoimena kysymyksenä on myös puolueettomampaa, kuin suljettuna kysymyksenä, sillä avoimena kysymyksenä kyselyn laatijan ei tarvitse miettiä, kumman vaihtoehdon laittaa ensimmäiseksi lomakkeeseen. Vastaajia ei myöskään voida näiden tietojen perusteella tunnistaa aineistosta. Taustatiedoista merkittäviksi havaittiin ikä, sukupuoli, asuinalue ja koulutustaso, sillä aiempien tutkimusten perusteella digitaalisen syrjäytymisen riskiryhmään kuuluvat esimerkiksi iäkkäät, vähävaraiset, vähän koulutetut sekä maaseudun asukkaat (Rasmus 2010, 16; Rantanen 2005).

lällä on tutkittu olevan suuri vaikutus tietotekniikan hallintaan ja sitä kautta myös sähköisten palvelujen käyttöön. Sellaisenaan ikää koskeva osio ei tuo kyselyyn merkittävää lisäarvoa, mutta iän ja muiden osioiden yhteyksiä ei ole aiemmin tutkittu. Tulosten kohdalla merkittävää voi olla esimerkiksi iän vaikutus siihen,

mitkä tekijät vastaaja kokee hyödyllisiksi sähköisiä terveyspalveluja kehitettäessä. Toisaalta voidaan tarkastella iän vaikutusta asenteisiin sähköisiä terveyspalveluja kohtaan.

Asuinpaikan merkitys vastauksiin on mielenkiintoinen esimerkiksi suhteessa vastaajan haluun oppia käyttämään sähköisiä terveyspalveluja, sillä tulevaisuudessa välimatkat keskimäärin pitenevät terveydenhuollon palveluntuottajiin ja toisaalta tämä muutos asettaa ihmisiä eriarvoiseen asemaan lähipalveluiden saavutettavuuden suhteen.

Sukupuolta kysytään, koska Vanhustyön keskusliiton ja Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton KÄKÄTE-projektin tutkimuksen, Finanssialan keskusliiton tutkimuksen sekä KÄKÄTE- ja LähiVerkko –projektien teettämän tutkimuksen mukaan iäkkäät miehet käyttävät Internetiä useammin kuin iäkkäät naiset. On siis hyödyllistä tietää, millaisia eroja naisten ja miesten vastauksissa on. Aiempien tutkimusten perusteella voidaan olettaa, että naiset tarvitsevat enemmän tukea sähköisten palvelujen käytössä.

Ylemmin kouluttautuneet käyttävät tutkimusten mukaan todennäköisemmin Internetiä, kuin vähän koulutetut. Niinpä kyselyn taustatiedoissa halutaan selvittää myös vastaajien koulutustaso. Analysointivaiheessa voidaan tarkastella esimerkiksi koulutustason vaikutusta vastaajaan uskoon hyötyä sähköisistä terveyspalveluista ja haluun oppia käyttämään sähköisiä terveyspalveluja.

Toisessa osiossa (2a-c) halutaan selvittää vastaajan kykyä käyttää Internet-yhteyttä, sillä Internetin käyttö on edellytys sähköisten palveluiden käytölle. Kysymystyypiksi on valittu 5-portainen Osgoodin asteikko, sillä sen avulla saadaan tietoa tasosta, jolla Internetin käyttö on. Osiossa ei ole kuitenkaan haluttu eettisistä syistä kysyä suoranaisesti osaamisesta, vaan kohteliaampaa on kysyä yleisesti Internetin käytöstä. Ensimmäisen muuttujan (2a) ääripäät ovat ”En käytä Internetiä” ja ”Käytän Internetiä päivittäin”, toisen muuttujan (2b) ”En käytä sähköpostia” ja ”Käytän sähköpostia viikoittain” sekä kolmannen muuttujan (2c) ääripäät ”En käytä verkkopankkia” ja ”Maksan kaikki laskut verkossa”. Sähköisiin terveyspalveluihin kirjaudutaan usein omilla verkkopankkitunnuksilla, joten

osion viimeinen muuttuja (2c) kertoo vastaajan valmiudesta kirjautua sähköisten terveyspalvelujen sivustoille.

Asenteita käsittelevä kyselyn osio (3a-c) on työn kannalta merkittävä, koska asenteet kertovat pitkälti, missä on eniten parannettavaa sähköisten palvelujen suhteen ja ovatko ikäihmiset saaneet riittävästi informaatiota sähköisistä terveyspalveluista. Osio antaa vastaajille oikeuden ilmaista mielipiteensä tutkittavasta ilmiöstä. Tulosten tarkastelussa on hyvä kiinnittää huomiota muun muassa siihen, onko vastaajien taustatiedoilla ja Internetin käytöllä vaikutusta asenteisiin sähköisiä terveyspalveluja kohtaan. Kysymystyypiksi valittiin Likertin asteikko, sillä se sopii hyvin asenteiden mittaamiseen.

Kehittämisehdotuksia kartoittavat kyselyn osiot (4a-e ja 5a-e) vastaavat tutkimusongelmiin ”Mitkä tekijät heikentävät ikääntyneiden astmaa sairastavien mahdollisuuksia käyttää sähköisiä terveyspalveluja?” ja ”Miten iäkkäät astmaa sairastavat kokevat voivansa hyötyä sähköisistä terveyspalveluista?” Kysymyksessä 4 tutkitaan eri tekijöiden heikentävää vaikutusta sähköisten terveyspalvelujen käyttöön. Muuttujia ovat ”taloudelliset tekijät”, ”palvelujen monimutkaisuus”, ”tukihenkilöiden mahdollinen puute”, ”pelko tietojen joutumisesta väärin käsiin”, ”huonontunut terveydentila”, ”motoriikkaan liittyvät muutokset, kuten sorminäppäryys” ja ”aistitoimintaan liittyvät muutokset, kuten näön tarkkuus”. Kysymyksessä 5 puolestaan tutkitaan, miten eri tekijät parantavat ikääntyneiden mahdollisuutta käyttää sähköisiä terveyspalveluja. Muuttujia ovat ”hoitajan tuki”, ”helppokäyttöisyys”, ”verkkoyhteisön tuki (muiden ihmisten tuki Internetin välityksellä)”, ”video-opastus” ja ”muu sosiaalinen tuki (omaiset, ystävät)”. Osgoodin asteikolla saadaan tietoa siitä, kuinka paljon eri muuttujilla on vastaajien mielestä vaikutusta sähköisten palvelujen käyttöön. Siten tuloksia analysoitaessa pystytään asettamaan muuttujia tärkeysjärjestykseen ja saadaan selville ne tekijät, jotka heikentävät ja lisäävät eniten ikääntyneiden mahdollisuutta käyttää sähköisiä terveyspalveluja. Muuttujat ovat kirjallisuuden ja tieteellisten lähteiden pohjalta esiin nousseita tekijöitä, jotka esiintyvät myös tämän opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä.

Kyselyn kuudennella kysymyksellä kartoitetaan vastaajien mielipiteitä eri palvelumallien tärkeydestä terveydenhuoltoa täydentävinä palveluina. Vastausvaihtoehtoina ovat ”sähköiset palvelut- -”, ”kiinteät palvelupisteet- -” ja ”liikkuvat terveyspalvelut- -”. Vastausvaihtoehtojen perässä on lyhyt selitys kustakin palvelumallista, jotta vastaajat ymmärtävät eri vastausten sisällön todellisuudessa. Vastaukset tulee asettaa tärkeysjärjestykseen yhdestä kolmeen. Tällöin kysymys on vielä helposti tilastoitavissa, mutta se antaa tutkijalle paljon tietoa. Kysymys vastaa osaltaan tutkimusongelmaan ”Miten iäkkäät astmaa sairastavat kokevat voivansa hyötyä sähköisistä terveyspalveluista?”, sillä sen avulla nähdään, kuinka merkittävänä ikäihmiset pitävät sähköisiä palveluja. Viimeinen kysymys vastaa tutkimusongelmaan ”Miten iäkkäitä astmaa sairastavia voitaisiin auttaa sähköisten terveyspalvelujen käytössä kohderyhmän omasta mielestä?”. Kysymystyyppiksi valittiin avoin kysymys, koska tällä kysymyksellä halutaan selvittää viidennen kysymyksen lisäksi muita sähköisten terveyspalvelujen käyttöä edistäviä tekijöitä, joita ei ole kyselyn laadinnassa välttämättä huomioitu. Lisäksi kysymyksellä kerätään tietoa siitä, millaisin menetelmin ikääntyneet astmaa sairastavat kokevat oppivansa parhaiten sähköisten terveyspalvelujen käyttöä.

8 EETTISYYS

Hyvän tuottaminen, ihmisarvon kunnioitus ja oikeudellinen periaate kuuluvat hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiin periaatteisiin. Ihminen tulee nähdä tutkimuksessa psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena. Tutkimuksesta ei saa koitua tutkittavalle haittaa ja mahdollisista riskeistä ja toisaalta hyödyistä tulee tiedottaa tutkimukseen osallistuville. Ihmisarvon kunnioituksella ja oikeudellisella periaatteella hoitotieteellisessä tutkimuksessa tarkoitetaan itsemääräämisoikeutta, vapaaehtoisuutta ja yksityisyyden suojaa. Tutkittavan tulee antaa omasta tahdostaan tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumiselle. Tutkijalla on velvollisuus kertoa osallistujille tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja oikeudesta vastata nimettömänä. Tutkimuksessa täytyy huomioida osallistujien haavoittuvuus ja esimerkiksi kyselyissä tulee käyt-

tää vain sellaisia sanamuotoja, mitkä eivät aseta osallistujia eriarvoiseen asemaan. (Polit & Hungler 1999, 134-143.) Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat lisäksi rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa, eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät, muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioitus ja tutkimuslupien hankkiminen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6-7).

9 LUOTETTAVUUS

Pätevyys ja luotettavuus on pidetty mielessä koko tutkimusprosessin ajan. Kyselyssä on esimerkiksi annettu vastausvaihtoehdoiksi tiettyihin kysymyksiin ”en osaa sanoa”, sillä tutkittavilla on taipumus vastata kysymyksiin, vaikka heillä ei olisi tietoaakaan aiheesta. Tällöin vastausten virheellisyyttä saadaan pienennettyä. Kysymystyyppien valintaa on myös mietitty tarkkaan. Mielenpitojen mittaamiseen sopii erinomaisesti 5-portainen asenneasteikko, sillä tutkitusti tällaiselta positiivisten, tasavälisten arvojen asteikolta saatavaa tietoa voidaan käsitellä luotettavasti (Heikkilä 2014, 175).

Tutkijan tulee noudattaa lisäksi tutkimusta koskevaa lainsäädäntöä. Esimerkiksi laki lääketieteellisestä tutkimuksesta, henkilötietolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista ohjaavat hoitotieteellistä tutkimusta. Aineistonkeruussa on oltava erityisen tarkka lähteiden suhteen ja toisen henkilön kirjoittamaa tekstiä ei saa kopioida. Plagioinnilla voidaan tarkoittaa myös omien tulosten toistamista, jota pitää välttää. Samoin tulosten esittämisessä on oltava tarkka. Tulokset tulee esittää juuri sellaisina, mitä ne ovat, vaikka tulos ei miellyttäisikään tutkijaa itseään. Tutkijan tulee myös säilyttää alkuperäinen tutkimusaineisto todisteena ja mahdollisen uusintatutkimuksen varalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 175-183.)

Kyselylomakkeen luotettavuuteen tässä työssä oleellisesti vaikuttavat tekijän huolellinen perehtyminen tutkimusilmiöön ja hyvän kyselylomakkeen ominai-

suuksiin, potilasyhdistysten tuki, ohjaustilanteet ja työhön käytetty aika. Työn luotettavuutta lisäävät tekijän kriittinen ajattelutapa ja tarkkuus koko tutkimusprosessin ajan sekä säännölliset opinnäytetyön ohjausajat. Myös potilasyhdistyksiltä saatiin kyselylomakkeeseen arvokkaita kehittämisideoita, joskin vastausten määrä jäi alhaiseksi. Opinnäytetyöprosessiin kuluva aika on melko lyhyt, mikä osaltaan vaikuttaa laaditun kyselylomakkeen luotettavuuteen. Mikäli työhön olisi varattu enemmän aikaa, vastauksiakin olisi todennäköisimmin saatu suurempi lukumäärä. Toisaalta kirjallisuudesta ja ohjaustilanteista nousi esille paljon ideoita, miten työtä ja erityisesti kyselylomaketta saatiin kehitettyä valimmaksi. Tutkimuksen teko oli myös opinnäytetyön tekijälle uutta, joten iso osa työnteosta kului tutkimuksen perusolemuksen ja toteutuksen ymmärtämiseen, mikä osaltaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Kuitenkin huolellinen perehtyminen tutkimusmenetelmiin ja muihin luotettavuuskysymyksiin parantaa työn luotettavuutta. Opinnäytetyön teossa on huomioitu lupa-asiat, sillä Hengitysliitolta saatiin suostumus yhteistyöhön ja varmistus, että järjestön nimi saa näkyä opinnäytetyössä.

Muuttuva terveydenhuollon ympäristö herättää kansalaisissa vahvojakin tunteita, mikä näkyy ajankohtaisissa julkaisuissa ja artikkeleissa. Tähän opinnäytetyöhön ei kuitenkaan ole valittu puolueellista lähdemateriaalia, vaan asenteellisia julkaisuja on tarkasteltu kriittisesti. Kansainvälisellä haulla työhön saatiin lähteiksi tutkimuksia, jotka liittyvät suoraan opinnäytetyön aiheeseen. Suomenkielisiä tieteellisiä julkaisuja tutkimusilmioista löytyikin jo paljon vähemmän. Tutkimusilmion konkretisoimiseksi työssä on siis lisäksi käytetty www-sivuja ja muita digitaalisia julkaisuja. Lähdemateriaalin hyödyntämisessä, lähdemerkinnöissä ja viittauksissa on noudatettu vain hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Työssä käytettyjä hakukantoja ovat Medic, Ebscohost, Science direct, Terveysportti ja Google scholar, sillä näistä hakukannoista löytyi osuvimpia tuloksia. Yleisimmin käytetyt hakusanoja olivat esimerkiksi "eHealth", "health care services", "elderly", "information technology", "Internet use", "online self-management", "older people", "pensioned", "seniors", "digital exclusion" ja näiden ilmausten yhdistelmät sekä vastaavat suomenkieliset ilmaukset. Lähteinä on lisäksi käytetty paljon

kirjallisuutta. Lähteiden julkaisuvuodelle ei asetettu varsinaista rajaa, vaan jokainen lähde arvioitiin erikseen tiedon muuttumattomuuden suhteen.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe on hyvin ajankohtainen ja merkittävä. Nyt eletään terveydenhuollon murrosaikaa. Sähköiset terveystalvelut lisääntyvät ja iäkkään väestön osuus kasvaa. On ennustettu, että yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa nykyisestä 18 prosentista 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä (Tilastokeskus 2012). On selvää, että ikäihmiset tulevat aina tarvitsemaan toisen ihmisen konkreettista apua, mutta väestöstä suuri osa varmasti kykenisi paremmin hyötymään myös sähköisistä terveystalveluista, jos palveluiden suunnittelussa huomioitaisiin esteettömyys ja helppokäyttöisyys ja niiden käyttöön opetettaisiin. On tärkeää huomioida ikääntyneet, terveydenhuollon suurkuluttajat, sähköisten terveystalvelujen käyttäjänä. Digitaalisen aikakauden sukupolvet voivat myös käyttää sähköisiä terveystalveluja tulevaisuudessa enenevissä määrin, sillä heille tietotekniikka on tullut tutuksi elämän varrella. Silti kaikki kohtaavat samoja terveysongelmia vanhuudessa ja sähköisten palvelujen kehittämistyöstä ja palvelujen käytön opetuksesta onkin hyötyä myös tulevaisuuden ikääntyville sukupolville.

Opinnäytetyö poikkeaa hieman perinteisestä määrällisestä tutkimuksesta, sillä kyselyä ei toteutettu, vaan tarkoituksena oli laatia kyselylomake, jolla tutkittavaa ilmiötä pystytään jatkossa paremmin tutkimaan. Työn tarkoitus osoittautuikin hyödylliseksi, sillä tutkittavasta ilmiöstä – sähköisten terveystalvelujen haasteet ja mahdollisuudet ikääntyneille – on toistaiseksi melko vähän tieteellistä tietoa ja luotettavan kyselylomakkeen rakentaminen on haasteellinen tehtävä. Niinpä tässä opinnäytetyössä kyettiin kohdentamaan kaikki voimavarat validin ja reliabelin kyselylomakkeen rakentamiseen ja tulevaisuudessa työtä on luonteva hyödyntää kyselyn toteuttamisessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli siis pätevän ja luotettavan kyselylomakkeen rakentaminen iäkkäille astmaa sairastaville sähköisten terveyspalveluiden käytön haasteiden ja mahdollisuuksien keräämiseen. Kyselyn runko muodostui teoreettisen viitekehyksen pohjalta ja rakentui lopulliseen muotoonsa Hengitysliiton paikallisyhdistysten lähettämien ehdotusten, ohjaajalta saatujen korjausten ja kirjallisuuden perusteella. Valmis kysely on seitsemän kysymyksen mittainen puolistrukturoitu lomake. Tutkimusongelmat, joihin kyselylomakkeella haetaan vastauksia ovat ”Mitkä tekijät heikentävät ikääntyneiden astmaa sairastavien mahdollisuuksia käyttää sähköisiä terveyspalveluja?”, ”Miten iäkkäät astmaa sairastavat kokevat voivansa hyötyä sähköisistä terveyspalveluista?” ja ”Miten iäkkäitä astmaa sairastavia voitaisiin auttaa sähköisten terveys-palvelujen käytössä kohderyhmän omasta mielestä?”. Työssä laadittu kyselylomake siis toimii tulevaisuudessa mahdollisena mittarina näihin tutkimusongelmiin.

Työn teoreettinen viitekehys on hyvin moniulotteinen tutkittavasta ilmiöstä johtuen, mutta asiayhteydet teoreettisen viitekehyksen sisällä ovat helposti ymmärrettävissä ja työn sisällöllinen rakenne edesauttaa lukijaa syventymään aiheeseen. Terveyspalvelujärjestelmästä edetään sähköisiin terveyspalveluihin ja edelleen ikääntyneisiin osana terveydenhuollon asiakkaita. Ikääntyneiden tietotekniikan osaaminen ja osaamista edesauttavat ja heikentävät tekijät puolestaan ovat suoraan yhteydessä sähköisistä terveyspalveluista saatavaan hyötyyn. Toisaalta on tärkeää tietää ikääntyneiden oppimiskyvystä, jotta tietotekniikkaa osaamattomatkin iäkkäät voisivat tulevaisuudessa hyötyä sähköisistä palveluista. Hyvän kyselylomakkeen ominaisuuksien kartoittaminen on myös olennainen osa viitekehystä, sillä koko opinnäytetyön tavoitteena oli rakentaa pätevä ja luotettava kyselylomake.

Sähköiset terveyspalvelut tekevät vasta tuloaan Suomeen ja ikääntyneiden yhteyttä palveluihin ei ole systemaattisesti aiemmin tutkittu. Aiheesta löytyi erilaisia mielipidekirjoituksia, mutta niitä ei käytetty lähteinä opinnäytetyöhön luotettavuuskysymysten vuoksi. Sen sijaan perusteltua oli käyttää erilaisia Internet-sivuja, joissa ilmiötä ikääntyneiden ja sähköisten terveyspalvelujen välillä on kuvattu. Sähköisistä terveyspalveluista sinänsä ja ikääntyneistä yksistään löytyi

kuitenkin paljon kotimaistakin tietoa luotettavista lähteistä. Ulkomaisista lähteistä sen sijaan löytyi tutkimustietoa suoraan aiheesta, joskin osa lähteistä oli jo hieman vanhempia.

Määrällisen tutkimuksen perusvaatimukset toteutuvat opinnäytetyössä melko hyvin. Aikataulu oli kuitenkin rajallinen ja opinnäytetyön tekoon käytetty aika jakautui hyvin epätasaisesti opinnäytetyöprosessissa. Osasyynä tähän oli opintojen aikaistaminen, jonka vuoksi tekijällä oli muita opintoja opinnäytetyöprosessin rinnalla. Kyselylomake on kuitenkin laadittu hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkkejä tarkkaillen. Kyselylomake on eettisesti kestävä, sillä vastausten perusteella ei voida erottaa yksittäistä vastaajaa ja kysymykset on muotoiltu puolueettomasti.

Sähköiset terveyspalvelut on kasvava ilmiö tietoyhteiskunnassa ja aiheesta riittää varmasti paljon lisää tutkittavaa. Tässä opinnäytetyössä laaditun kyselylomakkeen kehittäminen on yksi mahdollinen opinnäytetyön aihe tutkimuksenteosta kiinnostuneille seuraavien vuosikurssien opiskelijoille. Työn teoreettinen pohja on sinänsä valmis, joten kyselyn toteuttaminen onnistuisi aikataulullisesti paremmin. Painopiste opinnäytetyöprosessissa olisikin tutkimuksen toteuttamisessa ja aineiston analysoinnissa. Mahdollisia muita jatkotutkimusaiheita kyselyn toteuttamisen lisäksi voisivat olla esimerkiksi sairaanhoitajan kokemukset sähköisen palvelun tarjoajana tai kansalaisten toiveet siitä, millaisia sairaanhoitajan tarjoamia sähköisiä palveluja kehitettäisiin.

LÄHTEET

Archer, N.; Keshavjee, K.; Demers, C. & Lee, R. 2014. Online self-management interventions for chronically ill patients. Cognitive impairment and technology issues. International journal of medical informatics. Vol. 83, No 4, 268-269.

Best, J. 2001. Effective teaching for the elderly: back to basics. Orthopaedic nursing. Vol. 20, No 3.

Bujnowska-Fedak, M. 2015. Trends in the use of the Internet for health purposes in Poland. BMC Public health. Vol. 15, No 194, 1.

Cresci, M.; Yarandi, H. & Morrell, R. 2010. Pro-nets versus no-nets: differences in urban older adults' predilections for Internet use. Educational gerontology. LLC: Taylor & Francis group.

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Tammi.

ENTER ry 2013. Kannanotto ikäihmisten tieto- ja viestintätaitojen nykytilanteeseen. Viitattu 21.03.2015 <http://www.entersenior.fi/?x103997=931481>

Erhola, M.; Vaarama, M.; Pekurinen, M.; Jonsson, P.; Junnila, M.; Hämäläinen, P.; Nykänen, E. & Linnosmaa, I. 2014. Sote-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Tampere: Suomen Ylipaino Oy.

Finanssialan Keskusliitto 2014. Senioreiden säästäminen ja maksutavat. Viitattu 28.01.2015 https://www.fkl.fi/materiaalipankki/julkaisut/Julkaisut/Senioreiden_saastaminen_ja_maksutavat_2014.pdf

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2008. Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heikkinen, K. 2013. Potilasohjauksen sisältö. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 16.05.2015 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=potilaan%20ohjaus

Heikkinen, R.; Hirvensalo, M.; Leinonen, R.; Liimatainen, R.; Lyyra, T.; Matilainen, I.; Pikkarainen, A.; Ruoppila, I.; Ryttyläinen, K.; Saari, P.; Salmela, S.; Suominen, M.; Suutamo, T.; Tiikkainen, P. & Valkama, S. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita Publishing Oy.

Hengityслиitto 2015. Yhteystiedot. Viitattu 27.04.2015 <http://www.hengityслиitto.fi/fi/yhteystiedot/paikallisyhdistykset>

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hordern, A.; Georgiou, A.; Whetton, S. & Prgomet, M. 2011. Consumer e-health: an overview of research evidence and implications for future policy. Health information management journal. Vol. 40, No 2, 12.

Hyppönen, H. & Niska, A. 2008. Stakesin raportteja 9/2008. Kohti kansalaisen sähköisten terveyspalvelujen rakentamisen hyvää käytäntöä. Viitattu 31.01.2015 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74979/R9-2008-VERKKO.pdf>

Intosalmi, H.; Nykänen, J. & Stenberg, L. 2013. Teknologian käyttö ja asenteet 75-89 – vuotiailla. Raportti kyselytutkimuksesta. Helsinki: Tyylipaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kansallinen Terveysarkisto 2014. Kanta-palvelut. Viitattu 01.02.2015
<http://www.kanta.fi/fi/kanta-palvelut>

Kauppila, R. 2012. Ikäihmisen osa. Raportti ikäihmisen syrjinnästä ja huonosta hoidosta Suomessa. Mediapinta.

Kork, A.; Kosunen, E.; Rimpelä, A. & Vakkuri, J. 2013. Terveyskioskikokeilut – jotain uutta, jotain vanhaa. Suomen Lääkärilehti 21/2013, 1581.

KÄKÄTE-projekti 2015. Teknologian koulutus ja konsultointi. Viitattu 23.03.2015
<http://www.ikateknologia.fi/fi> > Teknologiatuotteet ja –ratkaisut.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja. Vol.79, No 10.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

LähiVerkko 2013. LähiVerkko – Virtaa osaamiseen ja osallistumiseen. Viitattu 21.03.2015
<http://lahiverkko.fi/lahiverkko/>

Mediconsult Oy 2015. Tietoa palvelusta. Viitattu 08.03.2015
<https://medinet.pohjoiskarjala.net/tietoa.html>

Norlund, M.; Stenberg, L. & Lempola, H. 2014. Tietoteknologian käyttö ja käyttämättömyyden syyt 75-89 –vuotiailla. Kooste kyselytutkimuksesta. Viitattu 28.01.2015
http://www.ikateknologia.fi/images/stories/Julkaisut/Gallup-kooste_172x248_netti.pdf

Oulunkaaren kuntayhtymä 2015. Omahoito - asioi sähköisesti ajasta ja paikasta riippumatta Oulunkaaren henkilöstön kanssa luotettavasti. Viitattu 08.03.2015
<https://www.oulunkaarenomahoito.com/>

Oulun kaupunki 2015. Oulun omahoitopalvelu. Viitattu 08.03.2015 <http://www.ouka.fi/omahoito>

Paukkala, M. 2014. Itsehoidon ja omahoidon lisääminen sähköisillä palveluilla. Viitattu 16.02.2015 <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2014/sote-kuma-aineistot-2014/Documents/2014-09-11-20-Paukkala-Maija.pdf>

Polit, D. & Hungler, B. 1999. Nursing research. Principles and methods. Philadelphia: Lippincott.

Rajaniemi, J. & Sonkin, L. 2003. Ikäihmistien palvelutori. Neuvonta- ja verkkopalvelut kotona asumisen tueksi. Viitattu 20.03.2015 www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/300

Räty, L.; Huovinen, S. & Haatainen, T. 2015. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena- Sote-tieto hyötykäyttöön –strategia 2020. Viitattu 17.03.2015
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1900412

Sitra 2014. Digitaalisten terveys- ja hyvinvointipalveluiden potentiaali on vielä käyttämättä. Viitattu 01.02.2015 <http://www.sitra.fi/uutiset/digitaalisten-terveys-ja-hyvinvointipalveluiden-potentiaali-viela-kayttamatta> > Lue lisää. > Virtuaalikelinikka – tulevaisuuden toimintamalli.

Sitra 2014. Omahoito on tulevaisuutta. Viitattu 16.02.2015
<http://www.sitra.fi/hyvinvointi/omahoito>

Soohbany MS. 1999. Counselling as part of the nursing fabric: where is the evidence? A phenomenological study using “reflection on actions” as a tool for framing the “lived counselling experiences of nurses”. Nurse Education Today. Vol. 19.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Lakiesitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Viitattu 15.03.2015

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos > Tiivistelmä sote-järjestämislain sisällöstä.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Sote-uudistus. Viitattu 15.03.2015 http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Terveydenhuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Omatoimista hyvinvointia – Sähköisiä sosiaali- ja terveyspalveluja kansalaisille. Viitattu 16.02.2015 <http://www.thl.fi/documents/10531/72195/omatoimistahyvinvointia.pdf/1f1b821a-42e6-4c31-9b50-e649a6a3d0f3>

Tieto 2014. Julkinen terveydenhuolto. Sähköinen asiointi terveydenhuollossa. Viitattu 08.03.2015 <http://www.tieto.fi/toimialat/sosiaali-ja-terveydenhuolto/julkisen-terveydenhuollon-tietojarjestelmat/terveydenhuollon-sahkoinen-asiointi>

Tilastokeskus 2012. Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman. Viitattu 03.05.2015 http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012-09-28_tie_001_fi.html

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 02.04.2015 <http://www.tenk.fi/> > Uusi HTK-ohje.

Vanhustyön keskusliitto 2015. Mistä löydän opastusta? Viitattu 23.03.2015 <http://www.vtkl.fi/fin/>Kampanjat>SeniorSurf>.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Oy Finnlectura Ab.

Veer, A.; Peeters, J.; Brabers, A.; Schellevis, F.; Rademakers, J. & Francke, A. 2015. Determinants of the intention to use e-health by community dwelling older people. BMC Health Services Research. Vol. 15, No 103, 1.

Yle 2013. Terveysbussi korvaa terveysasemaa. Viitattu 02.05.2015 http://yle.fi/uutiset/terveysbussi_korvaa_terveysasemaa/6692190

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaaja!

Sähköisiä terveystalvaeluja kehitetään Suomessa jatkuvasti terveystalvaelujen uudistumisen ja teknologian kehittymisen myötä. On ensiarvoisen tärkeää huomioida myös varttuneet kansalaiset sähköisten palvelujen käyttäjinä. Vastaamalla oheiseen kyselyyn voitte tuoda esiin teidän mielipiteenne ja ehdotuksenne tulevaisuuden terveystalvaeluista!

Kysely liittyy opinnäytetyöhön, jonka tavoitteena on ajaa ikäihmisten asemaa terveydenhuollon asiakkaina. Opinnäytetyö on osa Suomen sosiaali- ja terveystjärjestön ja Turun ammattikorkeakoulun yhteistyöhanketta *Ihmisen hyväksi – matalan kynnyksen palveluja*. Opinnäytetyö toteutetaan kyselynä, jonka pilottiryhmänä toimivat astmaa sairastavat yli 65 –vuotiaat kotona asuvat henkilöt.

Vastaamiseen kuluu aikaa noin 5 minuuttia. Vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään nimettöminä.

Palautattehan lomakkeen PAIKKA AIKA mennessä.

Kiittäen etukäteen vastauksistanne,

Sairaanhoitajaopiskelija (Nimi, oppilaitos) Ohjaaja (Nimi)

TURUN AMK:N OPINNÄYTETYÖ | lines Mäkinen

4 Jokseenkin samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

b. Haluaisin oppia käyttämään sähköisiä terveyspalveluja.

1 Täysin eri mieltä

2 Jokseenkin eri mieltä

3 En osaa sanoa

4 Jokseenkin samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

c. Uskon hyötyväni sähköisistä terveyspalveluista tulevaisuudessa.

1 Täysin eri mieltä

2 Jokseenkin eri mieltä

3 En osaa sanoa

4 Jokseenkin samaa mieltä

5 Täysin samaa mieltä

4. Arvioikaa asteikolla 1-5 kuinka paljon kukin kohta a-g vaikeuttaa sähköisten terveyspalvelujen käyttöä kohdallanne.

a. Taloudelliset tekijät

Ei vaikeuta 1 2 3 4 5 Vaikeuttaa suuresti

b. Palvelujen monimutkaisuus

Ei vaikeuta 1 2 3 4 5 Vaikeuttaa suuresti

c. Tukihenkilöiden mahdollinen puute

Ei vaikeuta 1 2 3 4 5 Vaikeuttaa suuresti

d. Pelko tietojen joutumisesta väärin käsiin

Ei vaikeuta 1 2 3 4 5 Vaikeuttaa suuresti

e. Huonontunut terveydentila

Ei vaikeuta 1 2 3 4 5 Vaikeuttaa suuresti

f. Motoriikkaan liittyvät muutokset, kuten sorminäppäryys

Ei vaikeuta 1 2 3 4 5 Vaikeuttaa suuresti

g. Aistitoimintoihin liittyvät muutokset, kuten näön tarkkuus

Ei vaikeuta 1 2 3 4 5 Vaikeuttaa suuresti

5. Arvioikaa asteikolla 1-5, kuinka tarpeelliseksi koette kunkin tekijän a-e sähköisten terveyspalvelujen käytössä.

a. Hoitajan neuvonta

Ei apua 1 2 3 4 5 Suuri apu

b. Helppokäyttöisyys

Ei apua 1 2 3 4 5 Suuri apu

c. Verkkoyhteisön tuki (muiden palvelunkäyttäjien tuki Internetin välityksellä)

Ei apua 1 2 3 4 5 Suuri apu

d. Video-opastus

Ei apua 1 2 3 4 5 Suuri apu

e. Muu sosiaalinen tuki (omaiset, ystävät)

Ei apua 1 2 3 4 5 Suuri apu

6. Mitkä ovat mielestänne kolme tärkeintä terveydenhuoltoa täydentävää terveyspalvelua vaihtoehtoista a-c? Merkitkää tärkeimmän vaihtoehdon perään numero 1, seuraavaksi tärkeimmän perään 2 ja kolmanneksi tärkeimmän vaihtoehdon perään merkitkää 3.

a. Sähköiset terveyspalvelut (Palveluihin kuuluvat esimerkiksi riskitestit, sähköinen terveystarkastus, omahoitoa tukevat muistutus- ja kalenteriratkaisut, omien terveystietojen tarkastelu, hoitoviestit ja videoyhteys terveydenhuollon ammattilaisten kanssa)

b. Kiinteät palvelupisteet (Ostoskeskuksiin sijoitetut terveyskioskit, joissa hoitajatasoisia, kunnallisia perusterveydenhuollon palveluita) _____

c. Liikkuvat terveyspalvelut (Kiertävä terveysbussi, jossa mahdollista ottaa seurantalaboratorionäytteet ja hoitaa kontrollikäynnit) _____

7. Mikä auttaisi teitä parhaiten sähköisten terveyspalvelujen käytössä?

Kiitos vastauksista!